

Annexe C : DISPOSITIONS DE LA POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE POUR LES SOINS À DOMICILE DE JOHNS HOPKINS

I. OBJECTIF

L'objectif de cette annexe est d'énoncer les dispositions supplémentaires et les clarifications relatives à l'application de la politique n° PFS035 par Johns Hopkins Care at Home (JHCH), qui comprend Johns Hopkins Home Care Group et ses trois filiales d'exploitation : Johns Hopkins Pediatrics at Home, Inc, Johns Hopkins Pharmaquip, Inc, Johns Hopkins Home Health Services, Inc et Potomac Home Health Care. Cette politique s'applique également aux pharmacies communautaires Johns Hopkins, le cas échéant.

II. LA MÉTHODE PAR LAQUELLE LES PATIENTS PEUVENT DEMANDER UNE AIDE FINANCIÈRE

- a. Les patients qui ont déjà reçu une aide financière de l'un des prestataires au titre de la politique n° PFS035 ne sont pas tenus de présenter une nouvelle demande et sont jugés admissibles. Dans ces cas, les prestataires susmentionnés ne doivent pas envoyer de demande au patient. Tous les documents financiers pour l'assistance financière du JHM sont stockés dans le module d'assistance financière d'Epic.
- b. Les patients qui n'ont pas déjà reçu d'assistance financière auprès de l'un des prestataires dans le cadre de cette politique doivent remplir la demande d'assistance financière de la Johns Hopkins Medicine (JHM) figurant à l'annexe E, qui contient une adresse postale différente spécifique aux prestataires associés à la JHCH. Une copie papier peut être envoyée sur demande en composant le 410 288-8951 (DME) et le 410 288-8024 (Infusion). Ces coordonnées figurent également sur le relevé de facturation du patient.
- c. Pour les patients qui n'ont pas encore reçu d'aide financière de l'un des prestataires dans le cadre de cette politique, une évaluation peut être initiée de plusieurs manières :
 - i. Un(e) patient(e) ayant un solde à payer notifié à l'agent de recouvrement qu'il ou elle n'a pas les moyens de payer la facture et demande de l'aide.
 - ii. Un(e) patient(e) se présente dans un espace clinique sans assurance et déclare qu'il/elle n'a pas les moyens de payer les frais médicaux associés à ses services médicaux actuels ou antérieurs.
 - iii. Un médecin ou un autre clinicien envoie un patient pour une évaluation financière en vue d'une admission potentielle.

III. Détermination de l'admissibilité à l'aide financière

JHCH entamera immédiatement la procédure de détermination de l'aide financière, dans le cadre de laquelle les demandes seront examinées pour déterminer si elles sont complètes dans les cinq (5) jours ouvrables suivant leur réception. Les demandes incomplètes seront renvoyées au (à la) patient(e) ou à son (sa) représentant(e) en raison des documents manquants.

- a. Un « avis de décision d'assistance financière », indiquant l'approbation ou le refus final, sera communiqué et envoyé par écrit au (à la) patient(e) ou au (à la) garant(e) dans les trente (30) jours ouvrables suivant la réception de la demande dûment remplie. Une copie de l'avis sera également envoyée par courriel aux points de contact appropriés pour la planification de la décharge et l'accueil.

- b. Conformément à l'article D.1.2(i) de la politique n° PFS035, lorsqu'un(e) patient(e) est approuvé(e), la couverture de l'assistance financière est effective pour le mois de la détermination et les six (6) mois calendaires suivants. Le personnel du JHCH indiquera le mois de début et le mois d'expiration sur les demandes d'assistance financière approuvées (émanant du JHCH) et dans les profils des patients du système.

IV. Soutien transitoire de la part des affiliés référents

- a. Pour les **patients orientés vers des services de soins à domicile par un autre affilié du JHM**, le JHCH exige que le Care Management/Social Work de l'affilié orienteur commandite un minimum de trois mois de dépenses de soins à partir de la date de début des soins. Cette démarche est facilitée par une lettre d'accord (« Letter of Agreement [LOA] ») entre le JHCH et l'affilié référent.
- b. Si le ou la patient(e) est autorisé(e) à recevoir une aide financière dans le cadre de la procédure de demande du JHM :
 - i. JHCH signera une lettre d'intention avec le service de gestion des soins/travail social de l'affilié référent afin de financer un *minimum de trois mois de dépenses de soins* à compter de la date de début des soins.
 - ii. À la date d'échéance de la LOA :
 - 1. Si le ou la patient(e) a obtenu l'aide médicale de l'État, l'entité de référence ne sera pas facturée à partir de la date d'entrée en vigueur de la couverture ; c'est plutôt le prestataire/filiale approprié(e) de JHCH qui facturera l'aide médicale.
 - 2. Si le ou la patient(e) n'a pas obtenu l'assistance médicale de l'État, le JHCH fournira une assistance financière conformément à la politique en vigueur à partir de ce moment-là.
- c. Si le ou la patient(e) ne remplit pas les conditions requises pour bénéficier d'une aide financière dans le cadre de la procédure de demande du JHM, le JHCH signera une LOA avec le Care Management/Social Work de l'affilié référent pour *toute la durée des soins*.

V. RÉFÉRENCE

- Politique n° PFS120 — Autorité de signature : Comptes des patients
- Politique n° HCGFIN002 — Remboursement du Service de Radiation Pouvoir de signature